

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской
деятельности)

Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма № 070/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. № 274н

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение
« ____ » _____ 20 ____ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение.
Справка действительна в течение 12 месяцев

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г. Пол: муж. – 1, жен. – 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: « ____ » _____ 20 ____ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной
застрахованному лицу _____

Код субъекта Российской Федерации _____

Климат в месте проживания пациента (код) _____

Климатические факторы в месте проживания пациента (код) _____

Код меры социальной поддержки _____

Сопровождение: да – 1, нет – 2 _____

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора социальных услуг:

серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию:
_____ код по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____ код по МКБ _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

Рекомендуемое лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации – 1; амбулаторно – 2

Предпочтительное место лечения	_____
--------------------------------	-------

Рекомендуемые сезоны лечения: зима – 1, весна – 2, лето – 3, осень – 4

Лечащий врач, должность врача-специалиста _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

Заведующий отделением _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

Председатель врачебной комиссии _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

М.П. (при наличии)